

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS – CENTROS DE CUIDADO INFANTIL

Uso del formulario: Completar este formulario es **obligatorio para que los centros de cuidado infantil familiar** cumplan con HFS 45.07(6)(f)1.a. Si no se hiciera, podría emitirse una declaración de incumplimiento. Es voluntario completarlo tanto para los centros de cuidado infantil grupal como para los campamentos diurnos; no obstante, cumple con los requisitos HFS 46.07(6)(f)1.a. y HFS 55.44(6)(e)1.a. de los Wis. Admin. Codes. La información de carácter personal que se reúna en este formulario se utilizará solamente para verificar el cumplimiento de los reglamentos que lo habilitan.

Instrucciones: El padre, la madre o el tutor del paciente deben firmar este formulario antes de que se administre cualquier tipo de medicamento. Guárdelo en el archivo del niño cuando ya no se necesite o no se autorice la administración de medicamentos. Tome nota de las fechas y horas en las que se administró el medicamento en el registro médico del centro.

Nombre del centro de cuidado infantil

Nombre completo del niño

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

MEDICAMENTO

Nombre del medicamento	Dosis	Hora de administración	Forma de administración	Periodo de administración del medicamento (fechas)	
				Desde	Hasta
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			

Si No ¿Indican las etiquetas de los medicamentos comprados sin receta que el medico del niño/a debe ser consultado? Si "si" Yo he consultado con el medico de mi niño/a, y estoy autorizando una dosis consistente de acuerdo a la recomendación del medico.

Nombre del medicamento comprado sin receta

Iniciales del Padre o Madre

Información adicional / Instrucciones especiales / contraindicaciones. Especifique.

AUTORIZACIÓN

Por la presente, autorizo a que el personal del centro de cuidado infantil indicado anteriormente administre los medicamentos arriba mencionados a mi hijo/a.

FIRMA Padre/madre o tutor

Fecha de la firma